Zur Casuistik und Häufigkeit des Carcinoma laryngis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Facultät

der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Prof. Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Balduin Grimme

appr. Arzt.

München 1888.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Zur Casuistik und Häufigkeit des Carcinoma laryngis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst und der

hohen medizinischen Facultät

der

Kgl. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

unter dem Präsidium des

Herrn Prof. Dr. O. Bollinger

vorgelegt von

Balduin Grimme

appr. Arzt.

München 1888.

Druck von M. Ernst (vorm. G. Pollner).

Zweck vorliegender Arbeit ist es, an der Hand eines grösseren Materials einen Beitrag zur Casuistik des Carcinoma laryngis zu liefern.

Man teilt die Kehlkopfkrebse zweckmässig ein in primäre und in sekundäre. Die primären Kehlkopfcarcinome entwickeln sich vorzugsweise an den Stimmbändern und den Morgagnischen Taschen. Sie bilden nach Ziegler entweder knotige Heerde oder papilläre Wucherungen oder flächenhaft ausgebreitete Infiltrationen, welche durch Zerfall in unregelmässig gestaltete Geschwüre mit höckrigem Grunde sich umwandeln. Im Verlaufe der Ulceration stellt sich meist Entzündung ein, worauf das Geschwür Eiter secernirt. Die Geschwürsbildung und Gewebszerstörung erreichen nicht selten einen sehr hohen Grad und können das Gebiet des Kehlkopfes bedeutend überschreiten.

Seltener als die primären Krebse kommen im Larynx secundäre krebsige Wucherungen vor, welche von den Nachbarorganen, dem Oesophagus, Pharynx und der Schilddrüse auf das Gewebe des Larynx übergreifen und durch dessen Wand durchbrechen, oder von oben in denselben hineindringen.

Diese Einteilung, wie sie Ziegler aufstellt, scheint mir für die secundären Krebse richtiger zu sein als die nach Eppinger. Letzterer unterscheidet 2 Formen von secundären oder übergreifenden Carcinomen 1) solche, die von der Wurzel der Zunge an oder von da aus und auch den weichen Gaumen sammt Gaumenbögen einbegriffen bis an den Kehlkopf und hier vom

Kehldeckel nach abwärts übergreifen (cancer de voisinage nach Fauvel), 2) solche, wo die Krebsbildung von der Schilddrüse auf den Kehlkopf übergeht, sodass letztere in den Schilddrüsenmassen wie festgemauert erscheint.

In diese Einteilung lassen sich ja doch jene secundären Carcinome, die vom Oesophagus aus auf den Kehlkopf überwuchern, gar nicht mit eingruppiren.

Am allerseltensten jedoch sind die metastatischen Larynxcarcinome, von denen ich trotz eines sehr umfangreichen Materials, welches etwa 13517 Sektionen umfasst, nicht einen einzigen Fall aufgezeichnet finden konnte. Eppinger berichtet von einem solchen, wo die allgemeine Carcinomatose von einem primären Hautcarcinom ausging.

Auch Mackenzie sagt darüber: Meine Erfahrung stimmt mit der Fauvel's überein, welcher angiebt, dass er niemals einen Fall wirklich secundären d. h. infectiösen Larynxcarcinomes gesehen hat.

Was die Form des Larynxkrebses anlangt, so muss man sagen, dass am allerhäufigsten die epitheliale vorkommt, seltener die medulläre, und noch viel seltner die skirrhotische Form. Und in der That sind alle unsre 3 sicher constatirten, primären Kehlkopfkrebse epithelialer Natur. In welche Kategorie der 4. Fall gehört, ja ob derselbe überhaupt den Carcinomen beizuzählen ist, muss dahingestellt bleiben, da eine mikroskopische Untersuchung dieses Falles leider unterblieben ist, wenigstens eine solche der betroffenen Kehlkopfpartie.

In der nunmehr anzuschliessenden Casuistik, welche 15 innerhalb der Jahre 1854—1887 incl. im pathologischen Institut zu München zur Obduction gelangten Fälle von Kehlkopfkrebs umfasst, werde ich die primären Carcinome als die wichtigern und

häufigeren voranstellen und erst an zweiter Stelle die secundären Krebse, die durch directes Fortwandern von carcinomatös erkrankten Nachbarorganen aus in oder an dem Kehlkopfe entstanden sind, folgen lassen.

A. Primäre Kehlkopfcarcinome.

I. M. 27 J. (Nr. 184: 1878).

Anatom. Diagnose. Flacher Epithelkrebs im Larynx. Glottisödem. Ausserdem wurde noch constatirt: Hypertrophie und Dilatation beider Herzventrikel. Lebercirrhose. Beginnender Granularschwund der Nieren.

Grosse, sehr kräftig gebaute Leiche mit stark entwickeltem Fettpolster. Die Bronchialschleimhaut ist gerötet und mit zähem Schleim bedeckt. Ebenso ist die Trachea gerötet, und an einzelnen Stellen bemerkt man in ziemlichem Umfange bis zu 2 ctm. lange und 1 ctm. breite oberflächliche Erosionen, welche mit kleinen grauen Belägen bedeckt sind, und zum Teil verzogne, mehr oder weniger injicirte Wucherungen. Solche kleine, über die Oberfläche ragende, weisse Wucherungen finden sich noch an andern Stellen der Trachea, besonders an und unter den Stimmbändern und von da sich fortsetzend an die Rückfläche des Larynx. Einzelne neuere zum Teil confluirend sind auch an der untern Seite des Kehldeckels und unmittelbar am Larynxeingang zu bemerken. Sie haben etwa die Grösse einer Linse und einen geschwürigen Grund.

Endlich bemerkt man noch an der Innenfläche des Kehldeckels, besonders links, eine ausgebreitete, oberflächliche Epithelabschilferung mit starkem Oedem, dass sich seitlich gegen den Pharynx, nach vorn gegen den Zungengrund und nach unten gegen die Stimm-

bänder fortsetzt, die durch ihre ödematöse Schwellung die Morgagni'schen Taschen fast verlegen.

Mikroskopisch erweisen sich diese verzognen Bildungen als Epithelwucherungen mit oft deutlich papillärem Bau.

Durch die Güte des Herrn Privatdocenten Dr. Schech, dem ich an dieser Stelle meinen besten Dank für seine Freundlichkeit ausspreche, bin ich in den Stand gesetzt, die Krankengeschichte von Fall II mit anführen zu können, und lasse sie zunächst folgen.

B. Braun, 41 J. alt, Taglöhner, erkrankte 1874 an Heiserkeit. Im November 1875 verfiel die Stimme ganz, sodass er nicht mehr laut sprechen konnte. Erst am 17. Januar 1876 kam er in die Poliklinik zu Herrn Dr. Schech. Die Untersuchung ergab eine starke Rötung der ganzen Larynxschleimhaut, am intensivsten rechts an und über dem Taschenband. Das linke Taschenband ist stark geschwellt und überlagert das Stimmband. Das rechte Taschenband ist am innern freien Rande mit einer grossen Menge rundlicher und spitziger, schneeweisser Wucherungen bedeckt. Bei der Phonation wälzt sich ein kleiner, mit Wucherungen besetzter Wulst in die Höhe. Das Stimmband ist nicht zu sehen.

Am 18. Jan. wurden in die Basis der Wucherungen mit dem Messer Einstiche gemacht und dann ein Teil der Geschwülste entfernt. Daraufhin erkennt man zahlreiche, aus dem Ventriculus Morgagni kommende Wucherungen; ebenso solche auf dem rechten Stimmband.

Am 19. Jan. nochmals Entfernung einiger Geschwülste und Aetzen mit Lapis in Substanz. Nach-

dem noch in einer 3. Sitzung mehreres entfernt war, bleibt Patient aus.

Im Juni 1878 wurde Patient plötzlich asphyktisch ins Krankenhaus gebracht und tracheotomirt. Das laryngoskopische Bild war jetzt folgendes: Kirschengrosse, das ganze Lumen des Larynx ausfüllende Geschwulst, die vom rechten Taschenbande ausgeht, von roter Farbe ist und links weisse papillomatöse Zacken und Zapfen hat. Die rechte Schildknorpelplatte ist uneben und aufgetrieben, sodass die Diagnose auf Krebs und Perichondritis gestellt wurde, Schmerz war nicht vorhanden, auch keine Schluckbeschwerden. Dagegen that das Husten weh.

In der Folgezeit wurde der Schildknorpel immer unebener und vorgewölbter; es bildete sich ein kleinfaustgrosser Tumor an der rechten Seite des Halses. Patient collabirte und starb am 18. Okt. 1878.

Das ganze Krankheitsbild hat also, wie wir gesehen haben, eine Dauer von etwa 4 Jahren, eine Thatsache, welche man bei primären Kehlkopfkrebs sehr häufig findet. Im Verhältniss zu anderen Carcinomen ist das eine sehr lange Zeit. Da könnte man wohl die Frage aufwerfen: Waren diese Neubildungen im Anfange nicht vielleicht gutartige Papillome, die erst im Laufe der Zeit ihren Charakter verändert haben? Ich neige entschieden der Ansicht zu, dass die Affection von vorn herein krebsiger Natur gewesen. Vergegenwärtigen wir uns nur einmal die anatomischen Structurverhältnisse des Larynx. Hyrtl sagt in seinem Lehrbuch: „Genau betrachtet sind die vier Stimmritzenbänder nur einfache Faltungen einer, die ganze Kehlkopfhöhle auskleidenden elastischen Membran, welche selbst wieder mit der Kehlkopfschleimhaut im innigsten Zusammenhange zu stehen und sich stellenweise mit ihr zu identificiren scheint. Die Schleimhaut

des Kehlkopfs stammt aus der Rachenhöhle. Ihr Reichtum an Blutgefässen steht anderen Schleimhäuten nicht unbeträchtlich nach. Ihre Farbe dunkelt desshalb niemals so ins Rot, wie die Schleimhaut der Mundhöhle."

Sonach herrscht also im Larynx ein viel trägerer Stoffwechsel als in anderen Organen, z. B. im Magen, Uterus etc. Dementsprechend beobachtet man auch bei den Magen-, Uterus- etc. Carcinomen ein viel rapideres Wachstum, während dagegen ein primäres Kehlkopfcarcinom zur Entstehung sehr lange Zeit gebraucht, und zwar wegen der mangelhaften Zufuhr des Ernährungsmaterials.

Damit lässt sich ganz ungezwungen die längere Dauer der primären Kehlkopfcarcinome erklären, und brauchen wir nicht anzunehmen, dass wir es anfangs mit einer gutartigen Neubildung zu thun gehabt, die erst später carcinomatös entartet wäre.

II. M. 44 J. (Nr. 449, 1878.

Anatomische Diagnose. Grosses Carcinom des Larynx, ausgehend vom rechten Stimmband mit Durchbruch nach aussen.

Eine grosse abgemagerte männliche Leiche. Auf der rechten Seite des Halses sieht man eine etwa handtellergrosse Geschwürsfläche, welche die Kehlkopfknorpel teilweise blosslegt, teilweise durchbricht. Die Inframaxillargegend ist geschwellt und die Schwellung erstreckt sich bis unter das Ohr. Ueber dem Manubr. stern. zeigt sich eine Tracheotomiewunde, die vor 4 Monaten angelegt wurde und deren Ränder gut angeheilt sind.

Von der oben erwähnten grossen Geschwürsfläche hat sich bereits ein über Mannesfaust grosser, markweisser, mit viel Blut durchsetzter Tumor losgelöst, der einen brandigen Geruch verbreitet und ebenfalls

in seiner breiten Geschwürsfläche mit grünlichem jauchigen Grunde vorgelegen hat. Führt man durch die grosse, mit Eiter und Jauche bedeckte Geschwürsfläche eine Sonde nach innen gegen den Kehlkopf zu, so dringt man durch die grösstenteils zerstörten, rauh sich anfühlenden Knorpel, namentlich zwischen der rechten Platte des Thyreoidealknorpels und Ringknorpels in den Kehlkopfraum, wo nach Herausnahme der Zunge mit dem Halsteil der Trachea und nach Eröffnung des Kehlkopfraumes in der Gegend des rechten Stimm- und Taschenbandes ein oberflächlich zerfressner, markweisser, fast kastaniengrosser Tumor erscheint. An der Oberfläche dieses Tumors, der mit verschiednen Höckern in den Kehlkopf hereinragt, findet man teils geschwürige, teils jauchige Stellen, teils noch solche, die von Schleimhaut bedeckt sind, teils Blutung zwischen den einzelnen Knoten, aus denen der Tumor zusammengesetzt ist.

Was den Sitz dieser Neubildung betrifft, so reicht sie innen und rechts bis etwa zur Mitte des Kehldeckels nach aufwärts, und gerade hier auf der rechten Seite ist das Lig. ary. epiglottic. in einen über bohnen grossen ödematösen Wulst verwandelt. Indessen ist auch das linke Lig. ary. epiglottic. und die ganze Schleimhaut der Epiglottis stark ödematös geschwellt. Die Mucosa auf der linken Seite des Kehldeckels und nach abwärts an den Stimmbändern ist graulich verfärbt, pigmentirt und mit brandiger Jauche teilweise bedeckt.

Die Trachealschleimhaut ist etwas gerötet und geschwellt und zeigt ebenfalls stellenweise Jauchenbelag, zum grössten Teile aber zähen Schleim. Etwas nach auswärts von dem rechten Lig. ary. epiglottic, und von demselben durch eine 1 ctm. breite Brücke getrennt, findet sich am Schlunde ein mit

fetzigen Rändern versehenes Loch von der Grösse eines Markstückes, das nicht mit der eigentlichen Neubildung am Kehlkopfe, wohl aber mit dem aussen am Halse beschriebenen Geschwür communicirt. Desgleichen zeigt sich auch vorn etwa $1^1/_2$ ctm. von diesem Markstück grossen Loch entfernt am Lig. glosso epiglottic. eine erbsengrosse, unregelmässig begrenzte Oeffnung, die ebenfalls mit dem Halsgeschwür communicirt. Die rechte Platte des Ringknorpels ist von Mucosa und Perichondrium entblösst und fühlt sich rauh an.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man grosse, verschieden gestaltete Zellen zum Teil mit langen Fortsätzen, die alle den Character von Plattenepithelien an sich tragen. Die Kerne sind gross, scharf contourirt; ebenso die Kernkörper. Das Protoplasma erscheint zum Teil hell mit nur wenigen feinen Punkten namentlich um den Kern herum; zum Teil finden sich etwas mehr und dann deutlich fettgelb glänzende Körnchen. In den grossen Zellen sieht man nicht selten 2, 3 und mehr Kerne, sodass deutliche Riesenzellen entstehen. Ausserdem sind Krebszellennester vorhanden, deutlich abgegrenzt und mit Riffzellen im Innern; dann spindelförmige geschwänzte Zellen, deutliche Fettkörnchenzellen, kurz die mannigfaltigsten Formen. Viele tragen den Charakter der Verhornung an sich wie die Mund-Epithelien. Dann sieht man ausser diesen Zellen noch Flimmer-Epithelien oft in Zusammenhang, und vielfach kleine Zellen mit kleinen Kernen.

Der nun folgende 3. Fall ist ausführlich von A. Franke in seiner Inaugural-Dissertation geschildert worden. Und da uns auch dessen Krankengeschichte

zur Verfügung steht, so werde ich dieselbe ebenfalls in ihren allgemeinen Zügen anführen.

Patient kam zu Anfang August in die Behandlung des Herrn Dr. Schech und gab an, seit dem Frühjahr heiser zu sein. Die objective Untersuchung ergab eine gleichmässige Rötung und walzenförmige Schwellung des rechten Stimmbandes; sonst nichts. — Der Kranke konnte nicht bewegt werden, längeren Aufenthalt hier in München zu nehmen. Er bekam Tanninpulver zum Einblasen und reiste ab.

Anfang Oktober stellte sich Patient wieder vor. Bei der jetzigen Untersuchung constatirte man eine viel beträchtlichere, gleichmässige Verdickung des rechten Stimmbandes und eine die vordere Hälfte desselben einnehmende Längsulceration. — Trotzdem konnte der Kranke noch immer nicht veranlasst werden, zu einer energischeren Behandlung seinen Aufenthalt zu verlängern. Auch konnte (er war Bahnhofsinspector und verblieb im Dienst) von einer Schonung der Stimme nicht die Rede sein. — Wenigstens erschien er wöchentlich 2 mal in der Sprechstunde.

Da aber die Geschwüre gar nicht heilen wollten, so griff man auch zum Jodkali, wiewohl absolut keine Spuren von Syphilis sich am Körper entdecken liessen. Wiederholte Untersuchungen von Brust und Lungen ergaben ebenfalls ein völlig negatives Resultat.

Im November war auch der hintere Abschnitt des rechten Stimmbandes ulcerirt.

Im December konnte man eine teilweise Heilung der Ulcera bemerken. Indess war die Besserung nur eine scheinbare. Denn als sich der Patient Anfang Januar wieder vorstellte, zeigte sich jetzt auch die Gegend vor und hinter dem rechten Proc. vocal. ulcerirt. Wiederholt fängt jetzt der Kranke an, über Schmerzen unter dem rechten Unterkieferwinkel zu

klagen. Die Untersuchung, die daraufhin vorgenommen wurde, liess nur eine unbedeutende Lymphdrüsenschwellung erkennen.

Bisher war das linke Stimmband völlig intakt geblieben. Erst Mitte Februar sah man auch da eine leichte Rötung und mässige Verdickung. Es trug an seinem vorderen Teile einen milchweissen Fleck, der laryngoskopisch als epitheliale Verdickung diagnosticirt werden musste. Das rechte Stimmband zeigte vorn am freien Rande einige defecte Stellen, hinten eine Ulceration, die sich längs des freien Randes und der ganzen Fläche des Stimmbandes ausbreitete. Auf dem gelbweissen Grunde des Geschwürs erblickt man einzelne rötliche, stecknadelkopfgrosse Granulationen, wie man sie sonst auf tuberculösen Geschwüren wahrnimmt.

Da Patient in der letzten Zeit öfters Hustenanfälle bekam, so wurde abermals die Brust untersucht, jedoch mit dem gleichen negativen Resultat, was auch von Herrn Obermedicinalrat von Ziemsen bestätigt wurde. Demnach muss man sich diese Hustenanfälle einfach als eine Folgeerscheinung erklären. Es bröckeln sich nämlich, worauf Eppinger ganz besonders aufmerksam macht, Partikelchen eines nekrotisirenden Larynxkrebses ab, sie werden aspirirt und reizen als Fremdkörper zu Hustenstössen. Ja die Leute können auch an Fremdkörper-Pneumonie zu Grunde gehen.

Bei der Spiegelung des Larynx fand sich, dass die Geschwürsfläche auf dem hintern Ende des rechten Stimmbandes teilweise verschwunden und vernarbt war.

Am 22. April klagte er über Kurzatmigkeit. Das rechte Stimmband war wie vorher. Dagegen zeigt jetzt das linke gleichmässige Schwellung und teilweise Ulceration, die sich in den unteren Larynx-

raum fortsetzt und die Glottis verengt. Daher kam die Dyspnoë und das deutlich stridulös Geräusch im Kehlkopf.

Der Tod erfolgte am 5. Mai plötzlich an einem Erstickungsanfalle.

III. M., 57 J. (Nr. 225, 1884).

Anatom. Diagnose. Carcinom des Kehlkopfs, ausgehend von den wahren Stimmbändern. Fast vollständige Zerstörung des rechten Stimmbandes durch ein flaches Geschwür. Flache Infiltration der unterhalb liegenden Schleimhautpartien. Erbsengrosse submucöse Krebsknoten im linken Stimmband. Akutes Oedem der Schleimhaut. Mässige Herzhypertrophie und geringe atrophische Lebercirrhose (leicht granulirte Leber). Milztumor infolge Stauung. Atrophische cyanotische Induration der Nieren.

Wohlgenährter, kräftig gebauter Körper. Fettpolster allenthalben reichlich, besonders in den Bauchdecken, im Gekröse und in den Nierenkapseln.

Der Thorax ist gut gewölbt und kräftig entwickelt.

Am Rachen ist nichts Abnormes zu entdecken. Der Kehlkopfeingang dagegen erscheint etwas verzogen und seine Schleimhaut lässt eine starke Rötung erkennen. Die Glottis ist bedeutend verengt, namentlich durch Schwellung und Verdickung des linken Stimmbandes.

Nach Eröffnung des Kehlkopfs sieht man das rechte wahre Stimmband vollständig zerstört und an dessen Stelle ein flaches Geschwür mit trübbräunlichem Grunde, der leicht höckrig erscheint. Am vorderen Glottiswinkel reicht das Geschwür bis auf den Knorpel, der an einer Stelle hanfkorngross frei liegt. Nach unten setzt sich das zweifellos ältere Geschwür in eine flache speckige Schleimhautverdickung von weisslich-

blassgrauer Farbe fort, die sich ohne scharfe Grenze in die obere Trachealschleimhaut verliert.

Ein weiteres offenbar frischeres Geschwür mit flachen Rändern und weisslichgrauem, leicht zerfressen aussehendem Grunde erstreckt sich am vordern Glottiswinkel im Umfange eines Fünfpfennigstückes nach abwärts. Das linke Stimmband, das nach Breite und Dicke eine beträchtliche Schwellung zeigt, hat fast die Dicke eines Bleistiftes. Die Schleimhaut erscheint stark saftig, glänzend, grau, und beim Einstechen findet man sie wässerig serös infiltrirt. Unter der Schleimhaut sitzt ein erbsengrosser, hart umschriebener Knoten von grauweisslicher, fast glänzender Beschaffenheit. Auf der Schnittfläche quillt trüber Saft hervor, der stellenweise in Pfröpfen sich ausstreifen lässt. Vom linken Stimmband nach abwärts ist eine sich allmählich verlierende Rötung, Schwellung und ödematöse Infiltration der Mucosa zu bemerken. Die Schleimhaut der Trachea und Bronchien findet man ebenfalls intensiv gerötet und mit zähem, glasig-eitrigen Schleim bedeckt.

Betreffs der Submaxilardrüsen ist noch hervorzuheben, dass dieselben linkerseits über bohnengross, breiig und markig gefunden wurden. In der Gegend der rechten Submaxillardrüsen will der Verstorbene öfters Schmerzen gehabt haben, und sind daselbst auch kleine Knötchen fühlbar.

Die mikroscopische Untersuchung ergab folgendes Resultat: Die Neubildung besteht aus einem fibrösen Stroma, in dessen Alveolen Zellen von klein- und grosszelliger Natur eingebettet sind und als deutliche Pflasterepithelkrebszellen erkannt wurden.

Das Vorkommen von Pflasterepithelkrebsen im Kehlkopf ist leicht verständlich, da das Pflasterepithel im Larynx ja nur eine Fortsetzung des Rachenepithels

ist. Es reicht grade bis zu den Stimmbändern. Im übrigen Kehlkopfraum wird das Epithel hauptsächlich durch Flimmerepithel gebildet.

Es bleibt mir nun noch übrig, über einen 4. Fall von Larynxgeschwür zu referiren, von dem es allerdings zweifelhaft ist, ob er carcinomatöser Art gewesen. Leider wurde die mikroscopische Untersuchung der betreffenden Kehlkopfpartien unterlassen. Man kann natürlich mit demselben Rechte dieses Larynxgeschwür für ein tuberculöses Geschwür halten, zumal da in der Lunge sich tuberculöse Herde vorfanden. Andrerseits kann man sich doch sehr wohl denken, dass beide Processe, Lungentuberculose und Kehlkopfcarcinom, sich neben einander abspielen können. So ist es doch auch nicht gerade selten, dass Lungentuberculose und Uteruscarcinom sich vereinen*), um den menschlichen Organismus zu zerstören. Deshalb mag es mir gestattet sein, diesen strittigen Fall wenigstens mit zu erwähnen.

IV. W., 40 J.**) (Nr. 64. 1883.)

Anatom. Diagnose. Geschwür im Kehlkopf mit Verengerung des Kehlkopfeingangs. Tod durch Nachblutung in die Trachea. Geschwürige Processe in den Bronchien der rechten Lunge. Peribronchitis nodosa der rechten Lunge. Uterusfibrom.

Eine mittelgrosse kräftige Leiche. Am untern Teile des Halses ist eine 5 ctm lange Trachealwunde Die Wundgrenzen sind ziemlich glatt, nur in der Tiefe

---

*) Vergl. O. Lubarsch, Ueber den primären Krebs des Ileum, nebst Bemerkungen über das gleichzeitige Vorkommen von Krebs und Tuberkulose. Virchows Archiv für pathol. Anatomie B. 111 S. 280. 1888

**) Lues ?

im untern Winkel etwas fetzig. Die Schilddrüse ist stark vergrössert.

Unterhalb des Kehlkopfs an den wahren Stimmbändern beginnend, befindet sich vorn in der Mitte ein 3 ctm langes und 2 ctm breites Geschwür. Der untere Teil des Geschwürs erscheint etwas frischer, ist von weisslich roter Farbe und ohne Belang. Die Geschwürsfläche ist 1 mm über die normale Schleimhautfläche erhaben. Die obere Hälfte ist besonders gegen den Winkel der Stimmbänder zu tiefer angefressen. Die falschen Stimmbänder und die linke Seite der Epiglottis werden von einem grössern Geschwür eingenommen. Dessen Ränder sind stark wulstig verdickt und die Oberfläche erscheint papillär. Dieselbe ist ebenfalls ohne Belag.

Im Oberlappen der rechten Lunge finden sich einige cirrhotische Herde, die käsige Massen umschliessen. Ausserdem einzelne lobuläre infiltrirte, in Verkäsung begriffene Partien und zahlreiche derbe, peribronchiale Knötchen. Der Unterlappen zeigt kleine lobuläre Herde, die aus kleinen Knötchen bestehen. Ziemlich nahe dem Centrum liegt eine cirrhotische, stark pigmentirte Stelle mit einem kleinen kreidigen Kern. Längs eines grösseren Bronchus fühlt sich das Gewebe ein wenig verdickt an. An der Innenfläche hat sich ein Teil des Bronchus in ein flaches Erosionsgeschwür verwandelt.

Die Bronchien des Oberlappens zeigen sich sämmtlich oberflächlich geschwürig. Die Schleimhaut ist stark geschwellt. Gegen die Spitze zu ist die Wandung an einzelnen kleinen Stellen gangränescirt.

Die mikroscopische Untersuchung, die sich leider nur auf die Lungen beschränkt hat, ergab folgendes Resultat:

In einer haselnussgrossen lobulären, grau weisslichen Hepatisation des rechten Oberlappens fand man Riesenzellen und Tuberkelbacillen.

Ferner in einem flachen, leicht prominenten Geschwür eines grössern Bronchus kleinzelliges Infiltrat.

Ausser diesen 4 resp. 3 primären Kehlkopfcarcinomen, die ich hier, soweit sie uns angehen, ausführlich mitgeteilt habe, finden sich noch 4 ebensolche in den Sections-Journalen der Jahre 1854—87 angeführt, die aber in den Sections-Protokollen selbst nicht mehr vorhanden waren. Ich muss mich daher begnügen, sie nominell anzuführen.

V. Nr. 222 (1863/64) Krebsgeschwür des Kehlkopfs,
VI. Nr. 114 (1872/73) Krebs der Stimmbänder.
VII. Nr. 186 (1878/79) Krebs des Kehlkopfeinganges.
VIII. Nr. 361 (1862/63) Larynxgeschwür. (?)

Welcher Natur dieses letztere Ulcus gewesen ist, das entzieht sich natürlich noch viel mehr einer genauern Beurteilung. Meine Aufgabe erheischt es indes, auch zweifelhafte und unsichere Fälle mit anzuführen.

B. Secundäre Kehlkopfcarcinome.

I. W. 62 J. (Nr. 376. 1878).

Anatom. Diagnose. Krebs des Oesophagus mit Durchbruch in die Trachea und beide Bronchialäste. Uebergreifen auf den Kehlkopf.

Fremdkörperbrand in der rechten Lunge. Herzschwund.

Sehr starke Abmagerung. Der Krebs im Oesophagus geht $8^1/_2$ cm. von der ary-epiglottischen Falte nach abwärts. An der Bifurcationsstelle findet sich ein grosses Geschwür, welches beiderseits in einen grossen Bronchus durchgebrochen ist. Das Larynxparenchym

ist ebenfalls vom Geschwür angegriffen und zu schwarzer, übelriechender Pulpe zerflossen.

II. M. 55. J. (Nr. 135. 1881).

Anatom. Diagnose. Krebs des Oesophagus mit Uebergreifen auf die hintre Wand des Kehlkopf- und der Trachea. Stenose des Oesophagus. Communication unter der stenosirten Stelle zwischen Oesophagus und Trachea. Eitrig jauchiges Infiltrat des retrolaryngealen Bindegewebes. Senkung des Eiters bis ins hintere Mediastinum. Krebsmetastasen in der Leber. Eitrige Bronchitis. Lobulärpneumonie im rechten Unterlappen.

Hochgradig abgemagerter Körper. Das Fettpolster ist vollkommen geschwunden, und die Muskeln gänzlich atrophisch.

Am Halse direct unter dem Manubr. sterni sieht man eine etwas über Fünfpfennigstück grosse Oeffnung welche schief nach abwärts und innen in die Trachea hineinführt. Die Umgebung der Oeffnung ist unterminirt, hat ein graugelbliches missfarbnes Aussehn und ist mit schmierigem Eiter belegt. Die Ränder und der Grund dieses Geschwürs sind geschwulstartig verdickt und auf dem Durchschnitt von weicher, markiger Consistenz.

Nach Herausnahme der Halsorgane zeigt sich der obere Teil der Speiseröhre durch weiche, weisse Geschwulstmassen stark verdickt und grade in der Höhe des Sin. pyriform. hochgradig verengt. Auch die hintre Wand des Kehlkopfeinganges und die Seitenbänder des Kehldeckels sind hochgradig verdickt. An der Innenseite des Kehldeckels sitzt ein fetziges missfarbnes Geschwür mit stark infiltrirtem Grunde.

Unterhalb der stenosirten Stelle im Oesophagus ist die vordere Wand desselben und die hintere der Trachea zerstört, so dass sich hier in einer Länge von

4 cm. eine weite Communication zwischen Oesophagus und Trachea befindet. Von hier aus zieht sich eine Eitersenkung bis in den obern Teil des hintern Mediastinalraumes und bis direct an die rechte Pleura costal. Die rechte Lunge ist hier fest mit der Pleura verwachsen. Die Bronchien ziemlich weit und alle mit dickem, eitrigen Schleim belegt.

Die mikroscopische Untersuchung besagt, dass die Geschwulst im Oesophagus hauptsächlich aus grossen Pflasterzellen besteht mit wenig Bindegewebsstroma dazwischen.

III. M. 68 J. (201, 1856).

Anatomische Diagnose. Krebs der Thyreoidea, des Mediastinum etc.

Der linke Lappen der Glandula thyreoidea ist in Form zweier kugeliger Geschwülste vergrössert, krebsig entartet, lässt aber zum Teil die ursprüngliche Drüsenstructur noch erkennen. Zwischen beiden Geschwülsten befindet sich eine vollkommen verknöcherte Stelle, die allmählich gegen die Peripherie hin in das weichere Markschwammgewebe übergeht. Der rechte Lappen der Schilddrüse ist zum grössten Teile atrophirt und zu einer wallnussgrossen, elfenbeinartigen Masse verknöchert. Ebenso sind die Drüsen des Mediastinum anticum zu colossalen, bis faustgrossen Krebsmassen entartet, von denen die grösste eine mit schmutzigbrauner, dünner Jauche gefüllte, durch Zerfall der Krebsmasse entstandene Höhle enthält. Die Drüsen des Mediastinum posticum sind gleichfalls entartet, wenn auch nicht so voluminös. Erstere wuchern vorwiegend in den linken Pleurasack hinein und comprimiren dort den obern linken Lungenlappen, während die grossen Gefässstämme und das Herz grösstenteils unbedeckt sind. Das Lumen der Gefässe ist frei von Krebs.

Die Schleimhaut des Larynx ist in den Morgagni'schen Taschen etwas aufgelockert, während die Trachealschleimhaut in der unteren Hälfte stark gerötet ist.

Beide Lungen zeigen in allen ihren Lappen erbsen- bis apfelgrosse, gelblichweisse, markige Knoten (Carcinoma medullare), die auf dem Durschschnitt stellenweise Melanosen, hämorrhagische Partien und Lumina von durchgehenden Gefässen zeigen. Beide Lungen sind mit der Costalpleura und mit dem Zwerchfell verwachsen.

Die vierte und fünfte rechte Rippe ist in ihrem vorderen Drittel durch zwei, vom subpleuralen Gewebe ausgehende, hühnereigrosse Krebsknoten in einer Länge von 2 Zoll vollkommen zerstört.

Der Oesophagus ist völlig normal, während dagegen der Pylorus ventriculi durch krebsige Degeneration der Mucosa und Submucosa stenosirt ist.

Die Blasenwand ist sehr verdickt. An der Spitze des Trigonum Lieutaudii findet sich ebenfalls eine krebsige Wucherung von der Grösse einer Erdbeere, die aber die Blasenmündung nicht verschliesst.

In den übrigen Organen bemerkt man keine Krebsmetastasen.

Ich möchte noch einen primären Thyreoidealkrebs anführen, allerdings nur ganz kurz. Denn einmal sind die Aufzeichnungen darüber recht mangelhaft, und dann auch (was mich eigentlich noch mehr veranlasst, so kurz mich zu fassen) äusserst unleserlich.

IV. W. 61 J. (No. 81. 1856.)

Anatom. Diagnose. Krebs der Thyreoidea. Pfropf in der Cava sup.

Grosse Geschwulst der rechtsseitlichen Thyreoidea. Die linke ist klein und an einzelnen Stellen verknöchert. Die Thyreoidealgeschwulst geht unter dem

Brustbein fort und endigt an den Wandungen der beiden durch sie herabgedrängten Venae anonymae. Larynx und Trachea mit dem Oesophagus ist nach links und rückwärts gedrängt, und erscheinen dieselben stark injicirt. Die rechte Lungenspitze mit dem Krebs zu einer Masse geworden..... In der Cava super. ein gewucherter Krebspfropf.

V. M. 40 J. (No. 97. 1879.)

Anatom. Diagnose. Krebsgeschwür an der rechten seitlichen Halsgegend mit ausgedehnter Unterminirung der Haut und umfänglicher ulcerativer Zerstörung der Halsweichteile.

Vergrösserte Milz. Allgemeine Anämie.

Eine mittelgrosse Leiche, die nur geringe Abmagerung zeigt.

An der rechten seitlichen Halsgegend ein paar cm. über der Clavicula bemerkt man einen etwa hühnereigrossen Substanzverlust, welcher von grünlich verfärbter Haut umgeben ist, mit zerfallenen Gewebsresten und blutig jauchigem Inhalt erfüllt. Von dem Geschwür aus ist die ganze seitliche Halsgegend vom Schlüsselbein an bis zum Ohre hinauf durch den Geschwürsprozess unterminirt. Die Unterminirung reicht noch bis in die Medianlinie und hier sind teilweise die Kehlkopfknorpel blossgelegt und fühlen sich rauh an.

In Communication mit der grösseren Geschwürsöffnung steht eine kleinere, etwa haselnussgrosse Oeffnung in der Haut über derselben, und eine etwa linsengrosse unmittelbar über dem Schlüsselbein.

Endlich gestatte ich mir, noch einen Fall zu erwähnen, der zwar streng genommen nicht hieher gehört, von dem man aber immerhin annehmen muss,

dass, wenn der Patient längere Zeit gelebt, der ulcerative Prozess auf jeden Fall schliesslich doch noch den Larynx angefressen hätte.

VI. M. 34 J. (No. 39. 1881.)

Anatom. Diagnose. Carcinoma reg. parotid. mit Verjauchung der angrenzenden Teile. Pneumonie der beiden Unterlappen.

Ziemlich abgemagerter Körper mit geringem Fettpotster.

In der Gegend des Unterkiefers bis hinauf zum Jochbogen, abwärts bis zum Kehlkopf findet sich eine grosses tiefgehendes Geschwür von grauschwarzem, missfarbenen Aussehen. Ränder und Grund desselben erscheinen fetzig. Dasselbe communicirt durch eine Oeffnung von mindestens 2 Markstückgrösse mit der Mundhöhle. Dem linken Ast des Unterkiefers fehlt der vordere Teil. Knochenrand ist rauh und missfarben. In der Umgebung des Geschwürs ist die Haut von Eiter unterminirt. Unterhalb desselben ist eine hühnereigrosse, mit weingelbem, klaren und zähen Inhalte gefüllte Cyste. Hinter derselben fühlt man die Lymphdrüsen angeschwollen.

Schliesslich darf ich doch nicht unerwähnt lassen, dass auch unter den secundären Kehlkopfcarcinomen einer zwar in dem Verzeichnis genannt wird, aus dem Journale jedoch verloren gegangen ist. Ich führe ihn an als:

VII. (No. 236. 1867 68.)

Krebs der Speiseröhre und des Kehlkopfs.

Wenn ich jetzt zum Schluss die gewonnenen Resultate in ihren Hauptzügen kurz zusammenfasse, so ergibt sich folgendes:

Was die Frequenz der Kehlkopfkrebse überhaupt anbelangt, so kann man wahrlich nicht sagen, dass ihr Vorkommen ein häufiges sei. Diese 15 Fälle, die ich hier angeführt habe, verteilen sich im Ganzen auf etwa 13,517 Sectionen. Es fanden sich demnach in 0,11 pCt. aller Fälle Kehlkopfcarcinome, eine Zahl, die eher zu hoch als zu tief gegriffen ist. Denn wenn wir die zwei unsicheren Fälle ausschalten, dann reducirt sich die Frequenz auf 0,09 pCt.

Dabei sind primäre und secundäre Krebse zusammen berechnet. Ziehen wir blos die ersteren in die Berechnung, so haben wir ein noch geringeres Resultat, nämlich 0,04 pCt. = 1 Fall auf nahezu 2000 Sectionen (genauer 1931).

Wie schon oben erwähnt, kommt der Epithelzellenkrebs bei weitem häufiger vor, als die anderen Formen. So waren die drei sicher constatirten und genauer beschriebenen Fälle von primären Kehlkopfcarcinomen sämmtlich epithelialer Natur. Von den secundären konnten drei ebenfalls sicher als Epithelkrebse nachgewiesen werden. Einer davon war Markschwamm, während die übrigen zwei unbestimmter Natur waren. Der siebente Fall kann natürlich in diese Tabelle nicht einbezogen werden.

Die 15 Fälle zerfallen in sieben primäre und sieben secundäre und einen zweifelhaften Fall. Von den acht primären sind zwei als Larynxgeschwür angeführt, also mindestens zweifelhaft. Das eine habe ich unter IV. ausführlich geschildert, das andere dagegen fehlte in den Journalen sowie auch noch drei sicher constatirte Kehlkopfkrebse.

Von den secundären zählte ich im Ganzen sieben. Davon fehlte einer. Von den übrigen sechs gingen zwei vom Oesophagus, zwei von der Thyreoida und

zwei von den Weichteilen des Halses resp. des Gesichts aus. Der siebente fehlende ging auch vom Oesophagus aus.

Was die Verteilung nach dem Geschlecht betrifft, so ist schon lange bekannt, dass vorzugsweise das männliche Geschlecht für den Larynxkrebs prädisponirt ist. Unsere drei ersterwähnten primären Larynxcarcinome entfallen alle sammt und sonders auf männliche Individuen, während das vierte Larynxgeschwür ein Weib befiel.

Bei den secundären kommen vier auf Männer und nur zwei auf Frauen. Im Ganzen betreffen also sieben Fälle das männliche Geschlecht und drei das weibliche.

Wie erklärt man sich nun die offenbare Praedisposition des männlichen Geschlechts? Der Mann hat einmal, vermöge seines Berufes, eine viel stärkere Anstrengung der Stimme und des Kehlkopfs, dann ist er auch viel häufiger Erkältungen der Respirationsorgane ausgesetzt als das Weib, dessen vornehmster Wirkungskreis allein Haus und Heerd ist und bleibt. Ebenso dürfte auch das moderne Wirthshausleben, der Aufenthalt in rauchigen, für die Atmungswerkzeuge sicher nicht günstigen Räumen ein Factor mit sein, der nicht zu unterschätzen ist. Und endlich, last not least, wollen wir auch das Rauchen nicht zu gering anschlagen, eine Gewohnheit, der vom schönen Geschlecht sicher weniger gehuldigt wird als von der Männerwelt.

Dem Alter nach verteilen sich die verschiedenen Fälle wie folgt:

Unter	20	Jahren	= 0	Fall,
Zwischen	20 – 29	„	= 1	„
„	30—39	„	= 1	„

Unter	20	Jahren	= 0 Fall,
Zwischen	40—49	„	= 3 „
„	50—59	„	= 2 „
„	60—69	„	= 3 „
„	70—80	„	= 0 „

Das Hauptcontingent liefert demnach das höhere Alter. Und zwar beobachten wir an unserer Tabelle zwei Mazima, das eine fällt in die Jahre zwischen 40—49, das zweite zwischen 60—69.

Diese Aufstellung würde auch im Ganzen und Grossen mit einer Tabelle übereinstimmen, die im v. Ziemsen'schen Handbuche über Kehlkopfkrankheiten angegeben ist. Danach fällt das Maximum zwischen die Jahre 60—69, nämlich von 76 Fällen 20.

Betreffs der Metastasen des Kehlkopfkrebses sagt Eppinger: „Merkwürdig ist der Umstand, dass, so leicht ein Carcinom des Larynx in continuo sich vergrössern kann, es doch nur in den hochgradigsten Fällen zur Infiltration der benachbarten Lymphdrüsen kommt und fast niemals zu Metastasen in anderen Organen.“ Dem füge ich hinzu: Nicht minder bemerkenswerth ist auch die umgekehrte Thatsache, dass es zu den seltensten Vorkommnissen gehört, wenn Krebspartikelchen auf dem Wege des Lymphstromes von entferntern Organen aus in das Larynxgewebe hineingeschwemmt werden und hier ihr Zerstörungswerk beginnen. Ich habe niemals constatiren können, dass aus irgend welchen entfernteren Organen, wo Primärkrebse wuchern, Metastasen im Larynx sich gebildet hätten. Das wären die eigentlichen secundären Larynxkrebse. Die scheint es aber gar nicht zu geben, oder sie sind zum wenigsten ausserordentlich selten, weil das Lymphsystem des Larynx in weniger innigem Zusammenhange mit dem des übrigen Körpers steht.

Demnach liesse sich folgende Einteilung machen:
1) Entweder geht der Krebs direct vom Larynxparen-

chym aus = Primäres Carcinom des Kehlkopfs oder

2) es geht der Krebs von der Nachbarschaft aus und der ulcerative Process schreitet auf den Larynx fort = Uebergreifender oder Propagationskrebs des Kehlkopfs, oder endlich

3) Eigentlicher Secundärkrebs des Kehlkopfs, wie ich ihn oben beschrieben habe.

Noch einer auffallenden Thatsache möchte ich zum Schlusse gedenken. In vielen Sectionsberichten heisst es nämlich: kräftig entwickelte Leiche u. s. w. Die Krebscachexie tritt also, das geht daraus hervor, beim Kehlkopfcarcinom durchaus nicht so sehr in den Vordergrund. Im Gegenteil bleiben diese Kranken, wenn auch nicht in ihrer vollen Kraft und Rüstigkeit, so doch immerhin ziemlich wohlgenährt.

Es macht also ein primäres Kehlkopfcarcinom in dieser Hinsicht eine wichtige und bemerkenswerte Ausnahme von den übrigen Krebsen. Diese auffallende Thatsache tritt uns ganz besonders bei der Durchsicht des von Ziemssen'schen Handbuchs über Kehlkopfkrankheiten entgegen. Da werden Fälle von primärem Larynxkrebs erwähnt, die sämmtlich meine Annahme glänzend illustriren; und ich kann es mir nicht versagen, sie in ihren Hauptzügen hier anzuführen.

Fall I beschreibt Désormeaux, wo durch wiederholte Exstirpation der Neubildung das Leben über 3 Jahre erhalten blieb. Bei der Section fanden sich die Weichteile und das Knorpelgerüst des Kehlkopfs fast vollständig zerstört, sodass die Kehlkopfhöhle sich mit weiter Mündung in den Oesophagus öffnete. Ferner waren auch die oberen Trachealringe zerstört

und nur der Kehldeckel erhalten. Von Lymphdrüseninfiltration war trotzdem keine Spur zu finden. Ebensowenig bestand eigentliche Krebscachexie.

Fall II. Patient bemerkt seit 3 Jahren ein Versagen der Stimme bei anhaltendem Sprechen und seit 1 Jahre Heiserkeit. Abmagerung und Abnahme der Kräfte sehr unbedeutend. Weiter sagt v. Ziemssen: Bei seinem Eintritt in die Klinik ist Patient mässig mager, nicht kachektisch, fast aphonisch und mit laryngealem Stridor atmend.

Fall III. Patient erkrankte vor $^5/_4$ Jahren an Heiserkeit, die sich zwischendurch besserte, aber nie ganz verschwand und schliesslich zur Aphonie führte. Abmagerung und Entkräftung ist nach seiner Angabe nicht eingetreten.

Stat. praes. Sehr corpulenter Mann, nicht cachektisch aussehend. Der Sectionsbericht giebt sogar allgemeine Adiposis an,

Legen wir diesen Maasstab an unsere Fälle an, so kommen wir zu einem ganz ähnlichen Resultat:

Ad 1. Sehr kräftig gebaute Leiche, stark entwickeltes Fettpolster.

Ad 2. Grosse abgemagerte Leiche.

Ad 3. Wohlgenährter, kräftig gebauter Körper Eettpolster reichlich.

Ad 4. Kräftige Leiche, gut entwickeltes Fettpolster.

Ad 5. Sehr starke Abmagerung.

Ad 6. Hochgradig abgemagerter Körper. Völliger Schwund des Fettpolsters.

Ad 7. Abmagerung.

Ad 8. ?

Ad 9. Geringe Abmagerung.

Ad 10. Ziemlich abgemagerter Körper, Fettpolster gering.

Auf den ersten Blick allerdings scheint diese Aufstellung mit meiner Behauptung in Widerspruch zu stehen. Wenn man aber genauer nachforscht, so findet man, dass einmal die Fälle, welche mit starker Abmagerung verzeichnet sind, einer wie der andere sehr weit vorgeschritten sind — man hat hier handtellergrosse, verjauchende Geschwüre, die bereits nach innen oder aussen perforirt sind — dann treffen diese Fälle mit starker Abmagerung ganz vorzugsweise auf die übergreifenden Kehlkopfkrebse.

Es wäre äusserst interessant, wenn man durch die Krankengeschichten sich genauer über die Dauer des Leidens informiren könnte. Aber leider steht mir dies Material nicht zu Gebote. Auch liegt das ausserhalb des Bereiches meiner Arbeit. Es mag mir genügen, darauf hingewiesen zu haben.

Mit Freuden spreche ich an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. Bollinger für die Ueberlassung des Materials sowie für die freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit meinen herzlichsten Dank aus.

Von Litteratur wurde benützt:

von Ziemsen, Handbuch der Kehlkopfkrankheiten.

Klebs, Handbuch der pathologischen Anatomie (Eppinger, die Kehlkopfkrankheiten.)

Morell Mackenzie, Die Krankheiten des Halses und der Nase.

Lublinski, Ueber den Kehlkopfkrebs (Berliner Klinische Wochenschrift. 1886. Nr. 8, 9, 10.)